

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Anna Novotná

Zásady správné komunikace sociálních pracovníků s lidmi s postižením

The principles of correct communication between social workers and people with handicap

Praha 2009

PhDr. Pavla Kodymová, PhD.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Pavle Kodymové za vstřícnost a podnětné připomínky. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří mi poskytli rozhovor a dovolili mi použít jejich životní příběh jako kazuistiku.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

v Praze dne 28.8. 2009

Anna Novotná

Anotace:

Tato bakalářská práce bude pojednávat o správné komunikaci sociálních pracovníků s lidmi se zdravotním postižením. V první části se práce zabývá právy zdravotně postižených osob, principy běžné mezilidské komunikace a principy alternativní a augmentativní komunikace. V dalších částech se čtenář dozví o konkrétních pravidlech a zásadách, kterými by se měl sociální pracovník řídit, pokud komunikuje s člověkem s postižením zraku, sluchu, se získaným postižením, s DMO a s mentálním postižením – Downovým syndromem.

Annotation:

This Bachelor essay deals with correct communication of social workers with disabled people. In the first part it describes the rights of disabled people, the principles of current human communication as well as the principles of alternative and augmentative communication. By reading the rest of the essay, we can obtain the information on concrete rules and fundamentals, that should be followed by a social worker while he communicates with people with disabilities of eyesight, hearing, with acquired disability, with infantile cerebral palsy and with mentally disabled people – people with Down syndrome.

OBSAH

1. PRÁVA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ČR.....	9
1.1 LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD.....	9
1.2 ÚMLUVA O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	9
1.3 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	10
1.4 DALŠÍ PRÁVNÍ DOKUMENTY	11
1.5 MEDICÍNSKÝ A SOCIÁLNÍ PŘÍSTUP K POSTIŽENÍ.....	11
1.6 KONCEPCE UCELENÉ REHABILITACE	12
2. KOMUNIKACE.....	14
2.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	14
2.2 NEVERBÁLNÍ (NONVERBÁLNÍ) KOMUNIKACE.....	14
2.3 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE (AAK).....	16
2.3.1 Co je AAK.....	16
2.3.2 Systémy AAK.....	17
3. KOMUNIKACE VE VZTAHU K POSTIŽENÍ SLUCHU.....	20
3.1 SLUCHOVÉ VADY.....	20
3.1.1 Převodní vady sluchu.....	20
3.1.2 Percepční vady sluchu.....	20
3.1.3 Ušní šelesty.....	21
3.2 OBECNÉ ZÁSADY PRO KOMUNIKACI S NESLYŠÍCÍM NEBO NEDOSLYCHAVÝM	21
3.3 KAZUISTIKA MIROSLAV (28 LET).....	21
3.4 ROZHOVOR.....	22
4. KOMUNIKACE VE VZTAHU K POSTIŽENÍ ZRAKU.....	24
4.1 ROZDĚLENÍ POSTIŽENÍ ZRAKU.....	24
4.1.1 Nevidomí.....	24
4.1.2 Lidé se zbytky zraku.....	24
4.1.3 Slabožrací.....	24
4.2 OBECNÉ ZÁSADY PRO KOMUNIKACI S NEVIDOMÝM	25
4.3 OBECNÁ PRAVIDLA PRO DOPROVOD NEVIDOMÉHO	25
4.4 KAZUISTIKA ELIŠKA (32 LET).....	25
4.5 ROZHOVOR.....	26

5. KOMUNIKACE VE VZTAHU K ZÍSKANÉMU POSTIŽENÍ.....	28
5.1 ADAPTACE NA ZMĚNU.....	28
5.1.1 Postižení získané v období adolescence.....	28
5.1.2 Postižení získané v dospělém věku.....	29
5.2 OBECNÉ ZÁSADY KOMUNIKACE S LIDMI SE ZÍSKANÝM POSTIŽENÍM.....	29
5.3 KAZUISTIKA PAVEL (34 LET).....	30
5.4 ROZHOVOR.....	30
6. KOMUNIKACE VE VZTAHU DMO.....	32
6.1 FORMY DMO.....	32
6.1.1 Forma spastická.....	32
6.1.2 Dystonicko-dyskinetická forma (dříve atetotický syndrom).....	32
6.1.3 Mozečkový syndrom.....	33
6.1.4 Smíšené formy.....	33
6.2 PROJEVY DMO.....	33
6.3 OBECNÉ ZÁSADY PRO KOMUNIKACI S LIDMI S DMO.....	33
6.4 KAZUISTIKA EVA (27 LET).....	34
6.5 ROZHOVOR.....	35
7. KOMUNIKACE VE VZTAHU K MENTÁLNÍMU POSTIŽENÍ	36
7.1 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	36
7.2 DOWNŮV SYNDROM.....	37
7.3 OBECNÉ ZÁSADY PRO KOMUNIKACI S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	38
7.4 KAZUISTIKA KRISTÝNA (20 LET).....	38
7.5 ROZHOVOR	39
ZÁVĚR.....	41
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	42
DALŠÍ POŽITÉ ZDROJE.....	43
PŘÍLOHY.....	44

ÚVOD

V této práci bych se ráda věnovala problematice správné komunikace sociálních pracovníků s lidmi se zdravotním postižením.

Pro zpracování tohoto tématu mám více motivací. Osobně znám několik lidí se zdravotním postižením, někteří jsou mými blízkými přáteli. Poměrně často od nich slýchám, že při vyřizování naprosto běžných záležitostí narážejí kvůli svému znevýhodnění na nepochopení, neochotu a hlavně nepřípravenost druhých lidí na jednání s člověkem s handicapem. Překvapivé pro mě je, že na toto narážejí také v komunikaci se sociálními pracovníky.

Další motivací pro mě je, že v současnosti pracuji jako pracovní konzultant v programu podporovaného zaměstnávání. Cílem podporovaného zaměstnávání je, aby se lidé s různými handicapy měli možnost uplatnit na běžném pracovišti na otevřeném trhu práce. Prakticky denně se tedy v zaměstnání setkávám s lidmi s různými druhy znevýhodnění. Ke každému klientovi je třeba přistupovat individuálně a jeho potřebám a možnostem přizpůsobit styl a formu komunikace.

Cílem této práce je vytvořit orientační příručku správné komunikace s lidmi s postižením a navrhnout pravidla této komunikace.

Podobná pravidla existují pro zdravotnický personál, ale pro sociální pracovníky v ucelené podobě chybí. Záměrně vynechám specifika komunikace s lidmi s duševní nemocí, protože toto téma by vydalo na samostatnou práci.

První kapitola je zaměřena na právní dokumenty, které se zabývají právy zdravotně postižených osob v České republice. Jedná se o Listinu základních práv a svobod, Úmluvu o právech zdravotně postižených, zákon o sociálních službách a další právní dokumenty. Pro čtenářovu představu zde uvádím i modely přístupů k lidem s postižením a koncept ucelené rehabilitace.

Ve druhé kapitole rozebírám principy verbální a neverbální komunikace a systémy alternativní a augmentativní komunikace. Alespoň základní znalost této problematiky může dle mého názoru výrazně usnadnit komunikaci s člověkem s postižením.

V dalších kapitolách se zaměřím na vybrané typy zdravotního postižení. Jedná se o postižení sluchu, zraku, získané postižení, DMO a mentálního postižení – Downova syndromu. Na začátku každé kapitoly jednotlivé druhy postižení čtenáři krátce přiblížím. Zaměřím se

zejména na příčiny vzniku postižení, jeho formy a případné možnosti kompenzace. Domnívám se, že pro sociálního pracovníka jsou tyto základní informace o klientově postižení nezbytné. Sociální pracovník pak může být více empatický a to může jeho komunikaci s klientem hodně usnadnit. U každého typu postižení navrhnou pravidla správné komunikace.

Tato pravidla budu ilustrovat rozhovory s lidmi s jednotlivými typy postižení. Pro reálnější popis postižení zde uvádím kazuistiku člověka s daným postižením. Kazuistiky i rozhovory uvádím s vědomím a souhlasem lidí, kteří mi je poskytli.

Tato bakalářská práce se týká zdravotního postižení, pokud v textu používám termín postižení, je to vždy myšleno jako synonymum pro termín zdravotního postižení.

1. Práva osob se zdravotním postižením v ČR

V následující kapitole stručně rozeberu obsah některých vybraných dokumentů, které v České republice upravují problematiku lidí se zdravotním postižením. Tyto dokumenty se zabývají kvalitou života lidí s postižením, což samozřejmě zahrnuje i komunikaci.

1.1 Listina základních práv a svobod

Lidé s jakýmkoli typem zdravotního postižení mají právo na plnohodnotný a důstojný život. Toto základní právo jim výslovně zaručuje *Listina základních práv a svobod*. V tomto základním právním dokumentu je v první hlavě, ve článku 1 jasně napsáno, že „*Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*... Pojem „lidé“ zde logicky zahrnuje jak lidi zdravé, tak lidi s postižením. V textu Listiny se pojem „osoby s postižením“ dále vyskytuje pouze v kontextu pracovně právních vztahů a to ve článku 29 -

„(1) *Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky.*

(2) *Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě povolání.*“

V Listině základních práv a svobod se o dalších právech handicapovaných osob již nehovoří.

1.2 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Dokumentem, který práva zdravotně postižených popisuje podrobněji, je *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. V roce 2006 tuto úmluvu podepsalo 136 zemí včetně České republiky. V červnu a červenci 2009 tuto úmluvu schválily obě komory Parlamentu ČR a ke zdárnému zakončení procesu ratifikace v současnosti (srpen 2009) chybí již jen podpis prezidenta ČR.

Úmluva ukládá státům, jak mají chránit práva zdravotně postižených osob. Není to tedy tak, že by tato úmluva dávala handicapovaným nějaká další práva, pouze hovoří o všech typech lidských práv, která vyplývají z mezinárodních úmluv a zakazuje diskriminaci handicapovaných osob ve všech oblastech života.

Úmluva nedefinuje zdravotní postižení ani zdravotně postižené z pohledu medicínského, ale z pohledu sociálního, z pohledu kvality jejich života. Doslova se v této úmluvě uvádí : „*Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.*“

Definice zdravotního postižení založená na sociálním modelu odmítá vyjmenovávání různých postižení a nemocí, její podstatou je to, že za osoby se zdravotním postižením jsou považovány ty osoby, které jejich zdravotní postižení podstatně a dlouhodobě omezuje při výkonu každodenních činností.

To, že se jedná o dokument zabývající se všemi oblastmi běžného lidského života dokazují jednotlivé články. Úmluva se ve svých člancích dotýká např. těchto okruhů - *ženy se zdravotním postižením, děti se zdravotním postižením, zvyšování povědomí, právo na život, rizikové situace a humanitární krize, osobní mobilita, rovnost před zákonem, respektování soukromí, svoboda a osobní bezpečnost, vzdělávání, zdraví, práce a zaměstnávání, účast na kulturním životě, rekreace, volný čas a sport* a dalších.

1.3 Zákon o sociálních službách

Dalším dokumentem, který hovoří o osobách se zdravotním postižením, je *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Tento zákon poměrně nejednoznačně definuje zdravotní postižení jako „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“.

Velkou změnou, kterou tento zákon do sociálních služeb přinesl, byl příspěvek na péči. Dle stupně zmiňované závislosti je stanovena výše příspěvku. Ideou tohoto příspěvku bylo to, že si osoba s postižením může zvolit, kterou sociální službu si za tento příspěvek „koupí“. Bohužel praxe ukázala, že se peníze, které stát tímto příspěvkem vyplatí, nevracejí do systému sociálních služeb.

V zákoně jsou tedy vyjmenovány podmínky nároku na tento příspěvek a stupně závislosti. Závislost je rozdělena do čtyř stupňů – lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost. Výše příspěvku se určuje dle stupně závislosti a pohybuje se od 2 do 11 tisíc.

Tento zákon vyjmenovává i druhy sociálních služeb, které jsou určeny zdravotně postiženým osobám. Jde o specializované sociální poradenství a z oddílu sociální péče jde o osobní asistenci, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného

bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, aktivizační služby, sociálně terapeutické dílny.

1.4 Další právní dokumenty

Na mezinárodní úrovni je ochrana lidských práv osob se zdravotním postižením upravena přímo ve *Všeobecné deklaraci lidských práv*, v *Mezinárodním paktu o občanských a politických právech* a v *Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech*.

1.5 Medicínský a sociální přístup k postižení

Výše uvedená Úmluva o právech osob se zdravotním postižením zmiňuje medicínský a sociální model přístupu k člověku s postižením. Vzhledem k tomu, že se jedná o přístupy, které lze využívat v sociální práci s lidmi s postižením, věnuji těmto přístupům několik řádek.

Medicínský model přístupu k postižení

Dle tradičního medicínského modelu je postižení definováno jako nedostatek nebo snížení schopnosti vykonávat aktivity běžným způsobem a v takovém rozsahu, jako u zdravého člověka. Když má člověk smyslové, pohybové nebo mentální postižení, je to jeho „osobní tragédie“. Podle tohoto modelu se i lidé s postižením dívají na svůj handicap pouze negativně a předpokládají, že je tento handicap automaticky vyřazuje z určitých sociálních aktivit.

(Carson, 2009)

Sociální model přístupu k postižení

Tento model byl navržen ve spolupráci s lidmi s postižením. Vychází z jejich zkušeností a z příkladů dobré praxe a je založen na podstatně modernější filozofii partnerského přístupu. Tento model chápe postižení jako nerovné postavení lidí s postižením uvnitř společnosti. Dle tohoto modelu jsou lidé s handicapem postiženi hlavně faktem, že jsou vyloučeni z aktivit většinové společnosti vinou fyzických, organizačních a osobních bariér. Tyto bariéry jim znemožňují přístup k informacím, vzdělání, zaměstnání, veřejné dopravy, samostatného bydlení a trávení volného času.

(Carson, 2009)

Je zřejmé, že budoucnost patří modernějšímu a otevřenějšímu sociálnímu přístupu k postižení. Moderní společnost se by se měla podílet na odstraňování zmíněných bariér a měla by zajistit lidem s postižením rovnoprávné postavení.

1.6 Koncepce ucelené rehabilitace

S modely přístupů k člověku s postižením úzce souvisí i možnosti komplexní kompenzace daného handicapu.

Člověk s postižením by měl být komplexně „rehabilitován“. Rehabilitaci lze vykládat jako „navrácení porušené funkce“. Při integraci lidí s handicapem do běžné společnosti jde právě o kompenzaci této „porušené funkce“.

Pojem rehabilitace je v současnosti nejčastěji spojován s lékařstvím - fyzioterapií, ale měl by být vykládán multidisciplinárně, tedy i z pohledu profese pedagogů nebo sociálních pracovníků. Dle tohoto výkladu by rehabilitace měla být chápána jako *plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných (pedagogických) a v neposlední řadě i pracovních.* (Matoušek, 2005, str. 92)

Je zřejmé, že při integraci do běžné společnosti nepotřebuje člověk s postižením pouze napravit nebo rozvíjet své fyzično, ale v jeho životě se musí obnovit a udržovat i jeho ostatní potenciál. Právě o tento další potenciál se zajímají následující specifické formy rehabilitace.

Zdravotní rehabilitace

Zdravotní rehabilitace je již zmiňovaná léčebná fyzioterapie, která kromě léčby může plnit i funkci nacvičování sebeobsluhy, používání běžných předmětů apod.

Psychologická rehabilitace

Psychologická rehabilitace se snaží o zlepšení psychického stavu, o změnu sebehodnocení a náhledu na svět. Může mít podobu individuální nebo skupinové psychoterapie nebo nácviku psychosociálních dovedností.

Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace se zaměřuje na oblast vzdělávání, přípravy na samostatný život a rozvoj dovedností k tomu potřebných.

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace připravuje a podporuje jedince při vstupu na trh práce. Zahrnuje kariérové poradenství, pomoc s vytypováním a vyhledáním (někdy i vytvořením) vhodného pracovního místa. Nabízí i pomoc s nástupem do zaměstnání a následným zapracováním.

Volnočasová rehabilitace

Zaměřuje se na volný čas, ukazuje škálu možností smysluplného trávení volného času – sport, kultura, sebevzdělávání.

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace zajišťuje materiální zabezpečení a legislativní ochranu jedince při začlenění do běžné společnosti.

(Matoušek, 2005)

V ideálním případě by měly být všechny formy rehabilitace propojené a měly by na sebe navazovat. Také by měla být zajištěna jejich trvalá dostupnost a stabilita poskytování služeb.

V současnosti se službám rehabilitace v drtivé většině věnují hlavně nestátní neziskové organizace. Při současném nedostatečném a nejistém systému financování je tedy nejistá i budoucnost rehabilitace osob se zdravotním postižením. Zlepšit by se měla také provázanost těchto služeb nabízející rehabilitaci.

V neposlední řadě by bylo dobré zvýšit informovanost o těchto službách. Člověk s postižením mnohdy ani neví, na co všechno by mohl mít nárok.

2. Komunikace

Domnívám se, že pro kvalitní komunikaci s lidmi s postižením je důležité znát i principy běžné komunikace a vědět, na co je dobré si dávat pozor a čeho se vyvarovat. Proto se v této kapitole budu věnovat principům verbální a neverbální komunikace.

V další části kapitoly chci popsat základní principy a systémy alternativní a augmentativní komunikace, kterou lze využívat při komunikaci s lidmi s postižením.

Nejvýstižnější definice, co je komunikace, by zněla asi takto - „Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech. (Kelarová, Matějková, 2009, str. 11)

2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je nejpoužívanější ze všech druhů komunikace. Nejvýstižnější a nejčastěji uváděná definice verbální komunikace zní, že jde o sdělování informací pomocí slov. Při verbálním projevu je dobré mít na paměti svůj záměr, smysl sdělení pro mluvčího, věcný obsah sdělení, smysl sdělení pro příjemce a efekt sdělení. (Janáčková, Weiss, 2008)

Ke srozumitelnosti mluveného slova přispívají i další faktory, kterými jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, délka projevu a intonace.

2.2 Neverbální (nonverbální) komunikace

Neverbální komunikace, tzv. „řeč těla“, bývá často považována za upřímnější a pravdivější vyjadřování se, než je verbální projev. Neverbální komunikaci používáme, abychom podpořili nebo také úplně nahradili to, co říkáme. Vyjadřujeme tak své emoce, naznačujeme zájem, vytváříme dojem o tom, kdo jsme. Mezi neverbální komunikační dovednosti patří pozorování, naslouchání, empatie, projev zájmu a respekt.

Neverbální komunikace zahrnuje následující formy projevů:

Mimika

Sdělení informací probíhá výrazem obličeje. Nejvýraznějšími mimickými neverbálními

projevy jsou smích a pláč. Mimikou umí každý člověk vyjádřit minimálně 7 základních emocí, jakými jsou: štěstí – neštěstí, překvapení – splněné očekávání, pocit jistoty - úzkost/strach, radost – smutek, klid -rozčilení, spokojenost - nespokojenost/ znechucení, zájem – nezájem. (Janáčková, Weiss, 2008)

Proxemika

Proxemika je sdělování pomocí vzdálenosti mezi lidmi, kteří spolu mluví, nebo něco dělají. Jedná se o teritorialitu, o vymezení a uhájení si svého vlastního prostoru. Pokud někdo cizí vstoupí někomu jinému do osobního prostoru, tak se ten druhý začne podvědomě bránit a instinktivně se odtáhne. Jedná se o tzv. proxemický tanec.

Vzdálenost mezi jedinci bývá daná jejich vztahem. Jsou popsány tzv. osobní zóny. Při komunikaci je dobré tyto zóny respektovat a zbytečně je nenarušovat. Osobní zóny jsou pomyslné bubliny a v jejich středu je člověk. Nastavení osobních zón je individuální, ale obecně se má za to, že existují čtyři zóny – intimní, osobní, sociální a veřejná. Narušení osobní zóny je pro druhého ohrožující. Intimní zóna (0-45cm) je tělu nejbližší, proto do ní smí jen partneři, blízcí lidé, rodinní příslušníci a přátelé. Osobní zóna (do 75 cm) je vymezena „na dosah ruky“. Tato zóna je určena pro přátele a známé, pro neformální komunikaci. V sociální zóně (cca 2,1-3,6m) se odehrávají pracovní schůzky, jednání na úřadě nebo přednášky. Nejvzdálenější zónou od těla je zóna veřejná (3,6m a více). Zde se již běžně setkáváme s cizími lidmi, např. na ulici nebo v parku. (Janáčková, Weiss)

Haptika

Haptika je sdělování dotykem. V naší kultuře je společensky únosným dotykem podání ruky. Nejčastějšími místy dotyku jsou dlaně, hřbet ruky, ramena a hlava. Za zmínku stojí správné podání ruky, ze kterého lze hodně vyčíst. Například to, jaké je emocionální rozpoložení druhého, míru jeho stresu nebo napětí. Vzdálenost, na kterou je podaná ruka daleko od těla signalizuje oblast, kterou bychom neměli překračovat. (Janáčková, Weiss, 2008)

Posturologie

Posturologie je držení těla, které při komunikaci zaujímáme. Poloha těla vyjadřuje postoj k tomu, co se kolem nás děje. Jsou tři základní polohy těla – vestoje, vsedě a vleže. Při komunikaci je důležité mít na paměti to, aby byli všichni zúčastnění v rovnocenné poloze. Ideální je, když mohou např. oba sedět. Nevýhovující je bohužel velmi častá situace, kdy v

nemocnici pacient leží na posteli a lékař, který s ním mluví, nad ním stojí. V takové situaci není pacient vůči lékaři v rovnocenném postavení. Tuto nerovnováhu může lékař trochu zmírnit tím, že se k pacientovi posadí. Jejich oči se tím dostanou alespoň přibližně do stejné výšky a tím si budou v komunikační rovině blíží. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Gesta

Gesta jsou pohyby, kterými něco sdělujeme, doplňujeme či zesilujeme náš verbální projev. Gesta se dělí na gesta v oblasti obličeje, v oblasti rukou a v oblasti nohou. Několik příkladů pro dokreslení - z mírně nakloněné hlavy lze vyčíst posluchačův zájem, z podpírání hlavy nudu. Zaťaté pěsti znamenají nepřátelský postoj. Překříženýma rukama a nohama se jedinec snaží vytvořit si bariéru a schovat se za ní. (Janáčková, Weiss, 2008)

Pohled

Neverbální komunikace zahrnuje i řeč očí. Pohled do očí druhého nám může napovědět, co právě prožívá nebo jaký zaujímá postoj. Patří sem například délka a četnost pohledů, mrkání a pohyb obočí. Za nevhodné se považuje jak dlouhé civění, tak i druhý extrém - vyhybání se očnímu kontaktu. Oční kontakt by měl přiměřený, měl by z něj být patrný zájem a pozornost. (Venglářová, Mahrová, 2006)

2.3 Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)

Při komunikaci s lidmi s postižením je také možné využít tzv. „alternativní a augmentativní komunikaci“. AAK lze využívat jak u osob s vrozeným, tak i se získaným postižením zejména u osob s těžkým postižením sluchu, s vývojovými vadami řeči, s mentálním postižením, s autismem, s DMO, s lidmi po úrazu mozku a s kombinovaným postižením. Domnívám, že sociální pracovník, který pracuje s lidmi s postižením, by o AAK měl vědět a znát alespoň základní principy, jak tento systém komunikace funguje.

2.3.1 Co je AAK

Nejvýstižnější a nejsrozumitelnější definice AAK zní asi takto - „*Augmentativní (podporující, rozšiřující) komunikace zlepšuje komunikační proces, u osob s určitou schopností či předpoklady pro orální řeč, zatímco alternativní komunikace nastupuje tam, kde tyto schopnosti či předpoklady nejsou.*“ (Valenta, 2003, str. 179)

Za nejstarší užívané systémy AAK se může považovat Lormova prstová abeceda a znakový jazyk.

Lormova prstová abeceda

Lormova prstová abeceda je využívána v komunikaci s hluchoslepým člověkem. Zajímavá je historie jejího vzniku v 19. století. Sám zakladatel (Heinrich Landesmann, který poté přijal pseudonym Hieronymus Lorm) přišel v svých 15 letech o sluch a v průběhu života začal ztrácet i zrak. Potřeba komunikace s okolím ho motivovala k tomu, že přišel na systém prstové abecedy.

Česká modifikace německé úpravy původní Lormovy abecedy byla provedena českými hluchoslepými osobami na akci organizované sdružením LORM v červnu 1993.

Princip prstové abecedy spočívá v tom, že jednotlivá písmena jsou rozmístěna na dlani a prstech většinou levé ruky. Mluvčí ťuká na jednotlivá místa, která označují písmena, a druhý je „čte“.

(<http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/abeceda.php> dne 24.8.2009)

Znakový jazyk

Znakový jazyk je dohodnutá soustava znaků (zahrnuje např. tvary rukou, jejich postavení a pohyby, mimika, pozice hlavy a horní části trupu), kterými lze vyjádřit symboly reálného nebo abstraktního světa.

Český znakový jazyk má vlastní strukturu a pravidla, která se liší od mluvené češtiny. Za hlavní, tj. mateřský, jazyk neslyšících se uznává jazyk znakový. Mluvený národní jazyk a další formy komunikace jsou považovány na komunikaci doplňující. (Krahulcová, 2001)

2.3.2 Systémy AAK

V současnosti jsou dle Valenty (2003) nejznámějšími používanými systémy AAK referenční předměty, systém Makaton, systém Bliss a piktogramy.

Referenční předměty

Jde o reálné trojrozměrné předměty, se kterými jde manipulovat a jsou snadno rozpoznatelné. Nevýhodou je, že jimi nelze vyjádřit abstraktní pojmy a překrývají se významy slov. Např. lžička znamená lžička a také jíst.

Makaton

Makaton je speciální jazykový program, který využívá standardizovaných znaků, které jsou doplňovány řečí nebo speciálními symboly.

Tento program se používá zejména pro komunikaci s lidmi s těžkým mentálním postižením, s autismem, u osob s poruchami komunikace po traumatu nebo mozkové mrtvici a u osob s kombinovanými vadami. Znaků je celkem 350, jsou složeny do osmi řad podle náročnosti a využitelnosti v denním životě.

Bliss systém

Bliss systém je inspirován čínským písmem. Bliss systém obsahuje znaky, jimiž je možné poskládat celé věty. Obsahuje tedy i znaky pro konkrétní slovesa. Jeho znaky jsou podstatně náročnější na představivost. Při jeho používání je nutná schopnost náročnějšího abstraktního myšlení. Proto je využíván u lidí, kteří mají dostatečnou mentální kapacitu a jsou handicapováni tělesně, nebo prodělali mozkovou příhodu.

Piktogramy

Piktogramy jsou konkrétnější a srozumitelnější než Bliss systém, a proto jsou použitelnější pro lidi s mentálním handicapem a autismem. Mohou sloužit pro označení konkrétních předmětů i

Dále mohou být při AAK využity tyto pomůcky:

Komunikační tabulky

Komunikační tabulky obsahují symboly pro jednotlivé předměty a činnosti. Člověk s postižením, který nemluví, může v tabulce ukázat na symbol, který označuje něco, co chce nebo potřebuje. (např. jídlo, toaleta)

Komunikační tabulky mohou být vytvořeny ze symbolů, z fotografií, z jednotlivých slov a mohou obsahovat i celé věty. Symboly v komunikační tabulce mohou být uspořádány podle abecedy, podle kategorií nebo se může jednat i o volné kartičky. Systém by měl být pro uživatele co nejjednodušší a umožňovat mu rychlou orientaci. Komunikační tabulky by měly být vytvářeny individuálně, aby se mohly co nejvíce přizpůsobit možnostem a potřebám svého uživatele a jeho okolí.

Písmena a psaná slova

Pokud to klientovo postižení umožňuje, je dobré, když může postižený komunikovat psanou formou. Je to přesnější než komunikovat ukazováním symbolů. Postižený má více prostoru k vyjádření. Komunikace může vypadat třeba tak, že postižený ukazuje na jednotlivá písmena a jeho komunikační partner z nich skládá slova.

Počítače

V současnosti existují specializované softwary, které jsou vyrobeny na míru lidem s jednotlivým postižením tak, aby ho mohli jednoduše ovládat a aby jim pomáhal komunikovat. Jejich nevýhodou je neskladnost a nemožnost využití ve všech situacích. (např. ve venkovních prostorech, na cestách)

Další technické pomůcky

Jde o technické pomůcky využívané pouze pro komunikaci. Mohou na displeji ukazovat sdělení (jednotlivá slova nebo i celé věty) ve psané nebo i obrázkové formě. Přístroje vybavené hlasovým výstupem sdělení mohou přehrávat. Tyto pomůcky bývají speciálně upraveny, např. dotykovým displejem nebo speciálně upravenou klávesnicí.

3. Komunikace ve vztahu k postižení sluchu

3.1 Sluchové vady

Obecně se sluchové vady dělí na dvě skupiny na převodní a percepční. Oba dva typy se také mohou vyskytovat společně, pak se jedná o vadu kombinovanou.

3.1.1 Převodní vady sluchu

U převodních vad je poškozena mechanická část sluchové dráhy. Znamená to, že v zevním nebo středním uchu dochází k nedokonalému převodu sluchových vln do vnitřního ucha. Tyto vady jsou poměrně časté, ale nevedou k úplné hluchotě. I když je ucho úplně nefunkční, tak je sluchový vjem snížen maximálně o 65dB. Převodní vadu může způsobit např. cizí těleso v uchu, záněty zvukovodu, vrozené anomálie, přerušení řetězu sluchových kůstek nebo znehybnění ploténky třmínku. Většinou je možné takovou vadu chirurgicky zcela odstranit nebo zmírnit. (Světlík, 2002)

3.1.2 Percepční vady sluchu

Tyto vady jsou způsobeny poruchou funkce nervové části sluchové dráhy, nejčastěji vnitřního ucha. Příčinou těchto vad může být porucha prokrvení v oblasti vnitřního ucha, infekční onemocnění (hnisavý zánět mozkových blan, virové infekce). Percepční vady mohou být v rozsahu od nedoslýchavosti po úplnou hluchotu.

Příčinou percepční vady u plodu může být infekce v těhotenství (zarděnky, toxoplazmóza). Další příčinou může být vystavení organismu látkám poškozující sluch. Takové látky mohou obsahovat např. některá antibiotika, léky proti vysokému tlaku a spousta chemických látek. Percepční vadu sluchu mohou způsobit i úraz hlavy nebo přerušení sluchového nervu, např. při neurochirurgickém zákroku.

Nejčastější percepční vadou je stařecká nedoslýchavost. Tato vada je způsobena postupným odumřením vláskových buněk vnitřního ucha.

Na rozdíl od převodních vad nelze percepční vady odstranit chirurgickým zákrokem. Pokud se nejedná o úplnou hluchotu, je možné tyto vady kompenzovat sluchadlem. (Světlík, 2002)

3.1.3 Ušní šelesty

Ušní šelesty jsou velmi nepříjemnou poruchou. Jde o zvukové vjemy, které vznikají bez vnějšího podnětu. Tyto šумы mohou mít různou hlasitost, výšku i trvání. Jejich průběh je velmi individuální a existují teorie, které tyto potíže označují jako psychický problém. Nejčastěji se při léčbě užívají medikamenty. Dalšími léčebnými metodami mohou být homeopatie, akupunktura anebo i psychoterapie. (Světlík, 2002)

3.2 Obecné zásady pro komunikaci s neslyšícím nebo nedoslýchavým

Zajistit akusticky dobré prostředí. Nenechat se rušit hudbou z rádia nebo ruchem z ulice.

Nekřičet, nezvyšovat hlas.

Upozornit neslyšícího před začátkem komunikace, nejlépe dotykem.

Stát čelem k neslyšícímu, dívat se mu do očí.

Nemluvit na neslyšícího, stojí-li zády.

Neodvracet tvář, nezakrývat si rukou ústa.

Nestát zády ke zdroji světla.

Mluvit přirozeně, trochu pomaleji. (Přehnaně výrazná artikulace znesnadňuje odezírání.)

Používat gesta.

Používat známá slova a jednoduché věty. Je dobré mít na paměti, že pro neslyšícího je čeština cizí jazyk.

Správná otázka, zda neslyšící rozuměl zní „CO jste mi rozuměl?“ (nikoli „rozuměl jste mi?“)

Je možné používat v komunikaci tužku a papír, ale platí zde stejná pravidla o používání jednoduchých slov a vět jako při mluvené komunikaci. V případě, že mluvčí ovládá prstovou abecedu, lze ji také použít

Pokud je ke komunikaci přizván tlumočník, tak platí pravidlo mluvit přímo na neslyšícího, ne na tlumočníka, a o neslyšícím nemluvit jako o třetí osobě.

3.3 Kazuistika Miroslav (28 let)

Miroslav se narodil s postižením sluchu. Tato vada u něj byla diagnostikována již v kojeneckém věku. Jeho postižení je poměrně závažné, jedná se u něj o téměř úplnou hluchotu. Používá sluchadlo, ale ani to mu neumožňuje slyšet řeč a většinou slyší jen šумы a ruchy.

Jeho omezení se samozřejmě dotýká i poslechu hudby nebo reprodukováného zvuku (radio, televize, zvuky PC).

Rodiče se k jeho postižení postavili čelem. Rozhodli se, že udělají maximum pro jeho zapojení do běžného života. Miroslav tedy chodil do běžné mateřské školky i do běžné základní školy. Vyrůstal mezi zdravými dětmi, se kterými se musel naučit komunikovat.

S pomocí rodiny a logopeda se naučil perfektně odezírat a poměrně dobře mluvit. Miroslav má tedy oproti jiným neslyšícím poměrně bohatou slovní zásobu. Rád a hodně čte, nemá problém s porozuměním textu.

To, že se uměl dorozumět, mu umožnilo vystudovat běžnou střední školu - obchodní akademii. Ve studiu se rozhodl pokračovat a po maturitě se přihlásil na Českou zemědělskou univerzitu v Praze - Provozně ekonomickou fakultu a studium v loňském roce úspěšně dokončil. V současnosti pracuje jako poradce ve firmě, která se zabývá IT systémy. Práci zvládá samostatně, potřebuje pomoc pouze s výše zmiňovaným telefonováním.

Jeho znevýhodnění na něm není skoro poznat. Hodně lidí se při kontaktu s ním domnívá, že Miroslav jen špatně mluví. Na to, že je téměř hluchý, přichází jeho okolí až po delší době a pro mnohé je to velké překvapení.

Miroslav se ve volném čase věnuje sportům, zejména squashi a cyklistice. Účastní se i kulturního dění, často chodí na výstavy a do kina. Zde mu pomáhají, na rozdíl od divadla, jeho handicap překonat titulky.

3.4 Rozhovor

1) Bavíš se rád/a s cizími lidmi, nebo Tě to spíše stresuje?

Povídání si se zcela cizími lidmi mne spíše stresuje, neboť nejsem zvyklý na jejich způsob mluvy a odezíráni cizích lidí je pro mne často hodně náročné (někdy při špatné artikulaci i nemožné) Ale existují samozřejmě i výjimky, kdy je to bez problémů.

2) Co Ti nejčastěji vadí na komunikaci s neznámými lidmi?

Hodně záleží na lidech, každý člověk reaguje na oznámení, že mluví se sluchově postiženým člověkem zcela jinak. Určitá skupina lidí reaguje stylem: neslyšící (postižený) = hloupý (mentálně postižený), tak to je pak velký problém při komunikaci. Jiná skupina reaguje skvěle a pak není žádný problém, jiní lidé se zase často snaží, ale nesprávně. Netuší, že při mluvení se sluchově postiženým nepomáhá mluvit nahlas (křičet), protože se tím zhoršuje srozumitelnost řeči a artikulace a odezíráni je pak značně ztížené. Také netuší, že je potřeba

zajistit klidné místo, být dobře osvětlen (jestliže dotyčný stojí u okna či je za ním sluníčko, opět se nedá odezírat) a mnohé další. Ale nejčastější a typická chybná reakce je to křičení. Často se snaží také mluvit jednodušeji a přeženou to.

3) Mluvil/a jsi někdy se sociálním pracovníkem?

Samozřejmě ano, jednal jsem s více sociálními pracovníky. Platí totéž, co jsem uvedl výše, nedá se paušalizovat – co člověk, to jiné chování, takže pocity pozitivní i negativní.

4) Zdálo se Ti, že je sociální pracovník připraven na rozhovor s člověkem s postižením?

Sociální pracovnice se mi zdají být spíše nepřipraveny, jednají asi jen na základě předchozích zkušeností a instinktu – daří se jim to někdy lépe, někdy hůře. Také často „škatulkují“ na základě předchozích zkušeností, a to je často chyba, protože zejména mezi sluchově postiženými jsou obrovské rozdíly v míře kompenzace vady, a často to nesouvisí s velikostí ztráty sluchu. Ale celkově musím říci, že moje zkušenosti se sociálními pracovníci jsou spíše dobré.

5) Co ti bylo nepříjemné?

Mám za sebou jeden extrémně nepříjemný zážitek. Při jednání se sociální pracovnicí jsem ji několikrát poprosil, aby se dívala přímo na mne, protože potřebuji odezírat. Po mé prosbě změnila své chování tak, že ještě více sklonila hlavu a dívala se jen do papírů. Navíc jednala podle toho vzorce postižený = hloupý a neschopný. Při vyplňování dotazníku dávala najevo svůj despekt. Hodně ji zaskočilo, že mám vystudovanou vysokou školu, a divila, že normálně pracuji. Musel jsem s ní jednat vícekrát, podruhé jsem si vzal na pomoc svou přítelkyni. Když jsem ji požádal, aby mi něco zopakovala, obracela se při komunikaci už výhradně na moji přítelkyni. To mi bylo velmi nepříjemné.

6) Domluvili jste se? Dosáhli jste cíle návštěvy?

Ve většině případů jsme se domluvili buď úplně bez problémů, anebo po překonání počátečních problémů a vyřešili, co bylo třeba.

7) Stalo se Ti, že by ses se sociálním pracovníkem nedomluvil?

Ano, viz výše uvedený případ, to jsem musel nakonec vyřešit přes třetí osobu.

4. Komunikace ve vztahu k postižení zraku

4.1 Rozdělení postižení zraku

Postižení zraku se nejběžněji dělí podle míry toho jeho poškození. Základní rozdělení lidí s postižením tedy je na nevidomé, osoby se zbytky zraku a slabozraké. Pro účely této bakalářské práce postačí toto základní rozdělení.

4.1.1 Nevidomí

U takto postižených lidí dochází k poruše zrakového orgánu v takovém rozsahu, že člověk ztrácí zrak. Způsobená slepota se projevuje nerozvinutím nebo úplnou ztrátou zrakových schopností. V důsledku slepoty je postiženému znemožněno zrakové vnímání a vytváření zrakových představ. Takový člověk nemá zachovaný světlocit, nerozlišuje světlo a tmu, nevnímá barvy a nemá centrální vidění. Nevidomý má ztížený samostatný pohyb a prostorovou orientaci. Tyto osoby vyžadují zvláštní péči při rozvíjení hmatu a sluchu, výcviku ve čtení a psaní Braillovým písmem, rozvíjení orientačních schopností.

4.1.2 Lidé se zbytky zraku

Tito lidé jsou charakterizováni poškozením zrakového orgánu v takovém rozsahu, že mají jen zbytky zraku. Zbytky zraku způsobují deformaci všech zrakových schopností, závažné omezení vytváření správných zrakových představ a snížení orientace.

4.1.3 Slabozrací

Slabozrakost je nevratný pokles zrakové ostrosti na lepším oku v pásmu 0,4 až 0,5 normálního vidění. Slabozraký vidí pouze z poloviny nebo dvacetiny tak ostře jako zdravý člověk. Slabozraký má obvykle zúžené zorné pole pod 10 stupňů na obou očích - jedná se o tubicové vidění. Toto zrakové postižení se projevuje v částečném omezení zrakových schopností a zkreslenými představami o okolním světě.

Další a podrobnější dělení zrakového postižení je např. dle Světové zdravotnické organizace (WHO) a to na tyto kategorie :

1. střední slabozrakost
2. silná slabozrakost
3. těžce slabý zrak
4. praktická nevidomost
5. úplná nevidomost

4.2 Obecné zásady pro komunikaci s nevidomým

Mluvit přímo na nevidomého, nikoli na jeho průvodce.

Vyjadřovat se jasně a přímo.

Pamatovat na to, že nevidomý nevidí naši mimiku.

Udržovat oční kontakt, neodvracet tvář.

Vidící osoba zdraví vždy jako první a představí se.

Nerozptylovat vodícího psa.

4.3 Obecná pravidla pro doprovod nevidomého

Na začátku stručná dohoda o způsobu doprovázení. (Některým lidem je např. nepříjemný fyzický kontakt, proto je dobré si toto dopředu ujasnit.)

Nejvhodnější je nabídnout rámě, nevidomý se do průvodce zavěsí.

Průvodce jde vždy první.

Při vstupu do místnosti průvodce zpravidla otevírá dveře, nevidomý je zavírá.

Před vstupem na schodiště průvodce zastaví a popíše směr. („schody nahoru“)

Pokud se chce nevidomý posadit, je dobré položit mu ruku na opěradlo židle.

Při nástupu do auta je dobré dát nevidomému ruku na horní hranu otevřených dveří, upozornit na výši schůdků.

Stručně popsat místnost.

Při nebezpečí nevolat „pozor“, ale „dva schody nahoru“

4.4 Kazuistika Eliška (32 let)

Eliška se narodila s velmi těžkým postižením zraku. Není úplně nevidomá, rozezná světlo a tmu, vidí obrysy větších předmětů. V dětství jí dělali asistenty a průvodce rodiče a bratr. V současnosti využívá služeb osobní asistence. Rodina ji hodně podporovala se zapojením do

běžného života. V dětství ji rodiče vedli ke sportu a maximálně se ji snažili integrovat. Rodina podnikala hodně turistických výletů a jiných sportovních akcí. Eliška se naučila komunikovat s cizími zdravými lidmi. Naučila se také odmítat nadbytečnou pomoc.

Vzhledem k typu postižení chodila do základní školy pro zrakově postižené děti. Zde se naučila číst pomocí Braillova písma. Po dokončení základní školy byla přijata do běžné střední školy – obor technicko administrativní pracovnice. Byl jí vytvořen individuální plán a školu se jí podařilo dokončit. Díky technickým pomůckám a specializovanému kurzu se naučila bezvadně ovládat počítač.

Dnes pracuje ve firmě svého příbuzného. Náplní její práce je přijímat internetové objednávky, vyřizovat elektronickou poštu a telefonáty.

Eliška pobírá plný invalidní důchod a má průkaz ZTP/P.

S pomocí pomůcek pro nevidomé zvládá péči o celou domácnost. Při pohybu ve venkovním prostoru používá slepeckou hůl. Po známých trasách se pohybuje úplně samostatně. Na neznámé trasy ale většinou potřebuje doprovod. Eliška je velmi společenská a poměrně hodně samostatná. Často o sobě říká, že nechce, aby se s ní jednalo „jako s chudinkou“.

I přes svůj handicap se věnuje několika sportům. S pomocí průvodce zvládá sjezdové lyžování a velmi dobře plave.

V současné době společně s manželem uvažuje o založení rodiny. V péči o dítě by jí pomáhala rodina, ale již teď není pochyb o tom, že časem by veškerou péči zvládla sama.

4.5 Rozhovor

1) Bavíš se rád/a s cizími lidmi, nebo Tě to spíše stresuje?

Hodně mě to stresuje. Jsem nervózní, protože druhému nevidím do obličeje, nemůžu sledovat jeho mimiku a reakce na to, co říkám.

2) Co Ti nejčastěji vadí na komunikaci s neznámými lidmi?

V čem chybují se dá těžko říci, domnívám se, že i oni sami se dostávají do zvláštní situace, ve které

možná ještě nebyli. Možná chybují v tom, že při hovoru gestikulují nebo mi něco ukazují, což

nevidím. Stává se mi, že cizí lidé špatně odhadnou míru mého postižení a nabízejí mi více pomoci,

než potřebuji. Vadí mi, že pomoc mi není nabízena, ale často vnucována.

3) Mluvila/a jsi někdy se sociálním pracovníkem?

Se sociální pracovníci jsem mluvila mnohokrát a měla jsem z rozhovoru vždy dobrý pocit.

4) Zdálo se Ti, že je sociální pracovník připraven na rozhovor s člověkem s postižením?

Sociální pracovník byl připravený lépe, než „běžný“ člověk, choval se profesionálně. Byl si zcela vědom, že pracuje se zrakově postiženým klientem a tomu se přizpůsobil.

5) Co ti bylo nepříjemné?

Nic, lidé, co se opravdu snaží pomoci, jsou většinou trpělivi a příjemní.

6) Domluvili jste se? Dosáhli jste cíle návštěvy?

Ano.

7) Stalo se Ti, že by ses se sociálním pracovníkem nedomluvila?

Ne, vždy jsme se domluvili.

5. Komunikace ve vztahu k získanému postižení

Lidové rčení říká, že zdravý člověk má spoustu přání, nemocný jen jediné. Získané postižení je vždy nejprve obrovským šokem. Zdravý člověk se najednou, často ze dne na den, musí přizpůsobit svému handicapu. Musí řešit problémy a přizpůsobovat se situacím, které mu předtím připadaly jednoduché a bezvýznamné.

5.1 Adaptace na změnu

Po úrazu nebo po onemocnění s trvalými následky dle Vágnerové (1999) člověk většinou projde následujícími fázemi reakce a adaptace na novou situaci. Pomáhající profesionál by měl tyto fáze znát a s ohledem na ně přizpůsobit formu komunikace a i samotnou nabídku pomoci.

Fáze latence

Jedná se o dobu těsně po úrazu nebo nemoci. Nemocný ví, co se stalo, ví, jak se bude jeho stav vyvíjet dál, ale nechce tomu uvěřit, domnívá se, že tento stav je jen dočasný. Jeho cílem je úplné uzdravení.

Fáze pochopení

Přichází v době, kdy začne probíhat léčení a rehabilitace. Když se jeho stav nemění, postiženému začne docházet, že se pravděpodobně již úplně neuzdraví. Postižený začne takovou situaci popírat a začne smlouvat s osudem, v některých případech se vyhýbá ostatním lidem a někdy nechce ani žít dál.

Fáze postupné adaptace

V této fázi se postižený se postupně začíná učit žít s handicapem. Např. začíná používat kompenzační pomůcky. Postupně začne přijímat nevratnost dané situace.

5.1.1 Postižení získané v období adolescence

Pro další vývoj člověka se získaným postižením je také důležité, kdy k úrazu nebo nemoci s trvalými následky dojde. Pokud je to v době adolescence, kdy člověk teprve získává a utváří

svou vlastní identitu, je tato identita rozbita. Znovuzískávání identity je delší a náročnější, než za běžných podmínek. Většinou se rodiče postiženého vrátí k pečovatelskému postoji. Chovají se k dospívajícímu více ochranně než doposud a jednají s ním jako s malým dítětem. Pro další život je dobré, aby si postižený udržel své dosavadní koníčky nebo si našel jiné, které bude zvládat i s handicapem. Důležité také je, aby si zachoval sociální síť. Přátelské vztahy s postiženým většinou nekončí kvůli postižení samotnému, ale proto, že se postižený začne chovat jinak. Tato změna chování je většinou zapříčiněna nevyrovnáním se se situací a přehnanými lítostivými a soucitnými reakcemi okolí.

5.1.2 Postižení získané v dospělém věku

V dospělosti musí člověk většinou zastávat více rolí než v adolescentním věku. Jedná se o role partnerské, rodičovské a profesní. Partnerství a rodičovství je možností seberealizace a důkazem určité „normality“ člověka s postižením.

Pokud se úraz stane v době, kdy člověk již rodičem je, může se stát, že ho dítě jako rodiče ztratí a již nikdy nenalezne. Např. v situaci, kdy člověk po úrazu ztratí určitou část mentálních schopností. Z rodiče se pro dítě stane spíše starší sourozenec, rodičovskou roli již neplní.

Z hlediska úspěšného návratu do života je samozřejmě důležité i další pracovní uplatnění. U člověka se získaným postižením je pravděpodobnější než u jiného typu postižení, že již buď pracoval, nebo se na budoucí povolání připravoval. Je tedy dobré se na jeho další pracovní uplatnění dívat z pohledu toho, zda by mohl vykonávat svou původní profesi nebo alespoň její část.

5.2 Obecné zásady komunikace s lidmi se získaným postižením

Klid, trpělivost, takt.

Vady výslovnosti – trpělivost, neopravovat.

Pokud klientovi není rozumět, je lepší se znovu zeptat, než si domýšlet.

Být citlivý k neverbálním projevům.

5.3 Kazuistika Pavel (34 let)

Pavel byl do svých 15 let naprosto zdravý. V 15 letech náhle prodělal mozkovou mrtvici. Týden ležel v komatu v nemocnici. Lékaři si dlouho netroufali určit prognózu jeho dalšího vývoje.

Po probuzení z komatu se jasně projevíly i následky. Pavlovi trvale ochrnula pravá (do té doby dominantní) paže a částečně i pravá noha. Postižení se projevilo i v centru řeči.

Po propuštění z nemocnice podstoupil rehabilitaci, která trvala téměř celé dva roky. Musel znovu natrénovat jemnou motoriku, naučit se číst a psát a hlavně se znovu naučit mluvit.

Kvůli této příhodě má Pavel dokončenou pouze základní školu a ve studiu již dále nepokračoval. Byl mu přiznán plný invalidní důchod typu b a je držitelem průkazu ZTP.

V současné době na Pavlovi jeho znevýhodnění není téměř vidět. Na první pohled působí jako téměř zdravý muž. Díky kvalitní rehabilitaci, docházení k logopedovi a v neposlední řadě také velké pomoci rodiny se naučil plnohodnotně používat levou ruku. Je schopen s ní psát a používat ji jak k sebeobsluze, tak i ke všem běžným činnostem.

Pavlovo postižení je poznat na jeho řeči. Mluví útržkovitě, nepoužívá správný větný konstrukt. Někdy místo věty použije např. jen podstatné jméno nebo sloveso. Pokud je v neznámém prostředí, výrazně zadrhává. Nicméně i přes tento handicap je to příjemný a vtipný společník.

Dnes Pavel žije s rodiči v malém městě za Prahou. V běžném životě nepotřebuje téměř žádnou pomoc. V Praze si našel práci s pomocí agentury, která zaměstnává osoby zdravotně znevýhodněné. Pracuje jako vrátný. Pavel je velmi aktivní. Rád pracuje na zahradě, věnuje se svému desetiletému synovci, zajímá se o kulturní dění a rád se chodí bavit do společnosti.

5.4 Rozhovor

1) Bavíš se rád/a s cizími lidmi, nebo Tě to spíše stresuje?

S úplně cizími lidmi bych sám od sebe rozhovor nezačal, mám problém s rychlým vybavením si slov. Pokud už se s nimi znám, bavím se rád, ale nejdřív spíše pozoruji a mlčím, než začnu sám mluvit.

2) Co Ti nejčastěji vadí na komunikaci s neznámými lidmi?

Většinou je překvapí moje vada řeči a moje velmi špatná výslovnost. Sám jsem zaskočen situací, když na mě začne někdo rychle mluvit. To hodně kóktám.

Vadí mi, že mi lidé nabízejí (někdy spíše vnucují) pomoc, ačkoli ji nepotřebuji.

Spousta lidí na mě divně kouká a myslí si, že jsem postižený i mentálně a nechápou, že jen prostě špatně mluvím a mám nepohyblivou ruku, tohle se těžko vysvětluje.

3) Mluvil/a jsi někdy se sociálním pracovníkem?

Ano, třeba na úřadech, když jsem si byl vyřizovat dávky. Nebo když jsem si sháněl práci. Ale pro tyhle a podobné případy se mnou chodí máma, já neumím rychle reagovat.

4) Zdálo se Ti, že je sociální pracovník připraven na rozhovor s člověkem s postižením?

Spíše ne.

5) Co ti bylo nepříjemné?

Na taková jednání chodím stále s doprovodem, necítím se tam jistě, protože všichni spěchají a mluví na mě příliš rychle a složitě. Pokud vůbec mluví na mě, většinou pouze na matku.

Občas mi připadá, že chtějí mít všechno rychle za sebou. Stává se, že mi nikdo není ochotný vše pomalu vysvětlit, často mluví složitěji, než by bylo potřeba.

6) Domluvili jste se? Dosáhli jste cíle návštěvy?

Ano, ale sám (bez matky) bych to nezvládl.

7) Stalo se Ti, že by ses se sociálním pracovníkem nedomluvil?

Ne, vždy jsme se domluvili. Viz výše.

6. Komunikace ve vztahu DMO

Dětská mozková obrna je označení pro skupinu neurologických onemocnění dětí, které je následkem poškození mozku v těhotenství, během porodu a po něm.

Toto postižení lze definovat jako „*raně vzniklé postižení mozku projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti.*“ (Lesný, 1958, str. 9)

6.1 Formy DMO

Prameny s tematikou DMO, které jsem měla k dispozici, rozdělovaly formy DMO nejednotně. Rozhodla jsem se využít „DMO - Diagnosticko terapeutický standart“ ze dne 5.3.1997 (<http://www.dmoinfo.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=70> ,dne 19.8.2009)

Ten dělí DMO na tyto formy (v závorce uvádím případné dřívější označení) :

6.1.1 Forma spastická

Jedná se o nejrozšířenější formu DMO. Je diagnostikována u 70-80%. Postižený má některé svaly ztuhlé a trvale stažené tzv. „spastické“. Postižení výrazně omezuje hybnost a použitelnost končetiny. Postižený s touto formou DMO mívá problémy s chůzí, většinou musí používat invalidní vozík. V případě, že postižení zasáhlo obě dolní končetiny a postižený přesto může chodit, se mu při chůzi většinou dotýkají kolena a pohyb je pro něj velmi namáhavý.

Podle toho, které končetiny byly postiženy, se dále rozlišuje na formy: spastická diparéza (obě dolní končetiny), spastická hemiparéza (končetiny na jedné polovině těla) , spastická triparéza (obě dolní končetiny a jedna horní) a spastické kvadruparéza (obě dolní i horní končetiny).

6.1.2 Dystonicko-dyskinetická forma (dříve atetotický syndrom)

Tuto formu má 10-20% ze všech postižených. Forma dystonicko-dyskinetická se projevuje pomalými kroutivými nebo trhanými záškuby různých svalových skupin. Tyto pohyby jsou mimovolní, postižený je nemůže ovlivnit. Pokud se tyto projevy v oblasti obličeje, může postižený vypadat, jako by dělal komické grimasy.

Řeč postiženého bývá hůře srozumitelná. Postižený má vlivem mimovolních projevů potíže s artikulací. Vyslovení jednotlivých slov mu trvá déle a těžko vyslovitelné hlásky musí i

několikrát opakovat. Na první pohled se může dokonce i zdát, že jde o člověka s mentálním handicapem.

6.1.3 Mozečkový syndrom

Jedná se o vzácnější formu DM, vyskytuje se cca u 10% postižených. Jedná se o postižení koordinace pohybů.

6.1.4 Smíšené formy

Jednotlivé formy DMO se mohou kombinovat, většinou se jedná o kombinaci spastické a distonicko-dyskinetické.

6.2 Projevy DMO

Jak je jasné z výše uvedených forem DMO, projevy mohou být různé. Postižený DMO může nápadně obtížně chodit, může a nemusí využívat invalidní vozík, jeho projev mohou doprovázet mimovolní pohyby, může výrazně špatně hovořit a v neposlední řadě může a nemusí mít mentální handicap různého stupně. Všechny tyto projevy se mohou kombinovat. Je tedy velmi důležité jednat s člověkem s DMO hodně obezřetně a přizpůsobit se jeho možnostem a potřebám.

Z výše uvedených projevů může člověk s DMO na první pohled působit jako člověk s mentálním handicapem. Dle Lesného (1985) má přibližně 1/3 dětí normální intelekt, 1/3 intelekt snížený (ale nejedná se o stupeň intelektového defektu) a jen zbývajících 1/3 má mentální postižení různého stupně.

6.3 Obecné zásady pro komunikaci s lidmi s DMO

Je nutné se přizpůsobit tempu řeči člověka s DMO.

Nemluvit příliš rychle, být trpělivý.

Být taktní. Nepozastavovat se nad mimovolními záškuby apod.

Na začátku rozhovoru je dobré zjistit, jak by si postižený s DMO přál komunikovat, jaká forma komunikace by mu nejvíce vyhovovala. (nabídnout např. řeč, psaní přes papír nebo PC, komunikační tabulku)

Člověk s DMO nemusí mít snížené inteligenční schopnosti, není nutné s ním jednat jako s člověkem s mentální retardací.

6.4 Kazuistika Eva (27 let)

Evě byla krátce po narození diagnostikována DMO. Jedná se u ní o spastickou formu DMO a lehce postižený má i svaly obličeje. Její znevýhodnění je tedy nápadné i při řeči.

Rodiče ji od útlého dětství obstarávali kvalitní lékařskou péčí a rehabilitaci. Kvůli spasticitě svalů prodělala v dětství a i v dospělosti několik operací šlach na nohou. Každá operace byla náročná a vyžadovala následnou dlouhou rehabilitaci.

Jako dítě Eva absolvovala mnoho ozdravných pobyků. Na těchto pobytech se naučila i se svým znevýhodněním plavat a díky hipoterapii si našla kladný vztah ke koním.

Díky velké podpoře rodiny se Eva poměrně dobře vyrovnala se svým handicapem. Rodiče ji nijak nezvýhodňovali, ve výchově prý nebrali zvláštní ohled na její postižení. Jak Eva sama říká, nepovažuje se za nějak „extra“ postiženého člověka. Díky rehabilitaci a kompenzačním pomůckám zvládá sebeobsahu a je celkově velmi samostatná. Zvládá většinu domácích prací i práci na počítači.

Kvůli svému postižení Eva velmi špatně chodí. Při chůzi musí používat francouzské berle, pokud ji čeká přesun na delší vzdálenost, tak si bere na pomoc invalidní vozík. Eva pobírá plný invalidní důchod a má průkazku ZTP/P.

Eva chodila do základní školy v Jedličkově ústavu. Vzhledem k tomu, že si na prostředí tamější školy zvykla a vyhovovala ji bezbariérovost, tak se společně s rodiči rozhodla, že zde bude pokračovat i ve studiu na střední škole - gymnáziu. Po absolvování gymnázia se rozhodla pro další studium na vyšší odborné škole, obor sociálně právní.

V současnosti se již rok snaží marně uplatnit v oboru sociální práce, prozatím bezvýsledně, ještě se jí žádné vhodné místo nepodařilo najít. Překvapivě tedy zde naráží na bariéry svého znevýhodnění.

I přes svoje postižení je Eva poměrně velmi aktivní, navštěvuje hudební koncerty a festivaly, sportuje. Jako největší problém při svém znevýhodnění vidí pražskou bariérovost. Vzhledem k tomu, že se pohybuje na vozíku, naráží na ni denně. Zde je tedy asi v jediné oblasti svého života odkázána na pomoc druhých.

6.5 Rozhovor

1) Bavíš se rád/a s cizími lidmi, nebo Tě to spíše stresuje?

Za každou cenu rozhovory s cizími lidmi nevyhledávám (na stanici MHD, na ulici atd), ale komunikace mi rozhodně problém nedělá.

2) Co Ti nejčastěji vadí na komunikaci s neznámými lidmi?

Myslím, že tady platí pravidla jako v běžné komunikaci mezi lidmi, ale jsou umocněna tím, že druhý mluví s člověkem s viditelným postižením. Slušný člověk je ještě slušnější, arogantní arogantnější.

3) Mluvil/a jsi někdy se sociálním pracovníkem?

Ano, několikrát, hlavně na úradě. I u sociálních pracovníků platí rozdělení jako v předešlé odpovědi.

4) Zdálo se Ti, že je sociální pracovník připraven na rozhovor s člověkem s postižením?

Rozhodně ho rozhovor se mnou uvedl do rozpaků. Někdy více viditelných, někdy spíše skrytých. Ačkoli se jednalo o profesionály, tak jsem měla pocit, že mě považují za člověka s mentálním postižením.

5) Co ti bylo nepříjemné?

Přišlo mi, že se poměrně nevhodně doptávají na můj zdravotní stav. Skoro to vypadalo, že mě podezřívají, že svůj zdravotní stav do určité míry předstírám. Že už tady je zase někdo, kdo chce další výhody a ještě ke všemu divně mluví.

6) Domluvili jste se? Dosáhli jste cíle návštěvy?

Ano, ale někdy to pro mě bylo velmi náročné.

7) Stalo se Ti, že by ses se sociálním pracovníkem nedomluvila?

Ne, to se mi nestalo.

7. Komunikace ve vztahu k mentálnímu postižení

Toto postižení bývá definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje. Jedná se o vrozené a trvalé postižení. Mentální handicap se projevuje hlavně tím, že takto postižený jedinec má omezenou schopnost učení a přizpůsobení se běžným životním situacím. Schopnost učit se novým věcem je hodně ovlivněna rozsahem postižení, ale je možné, aby se jedinec naučil určité dovednosti (např. dovednosti sebeobsluhy nebo pracovní dovednosti) a dále se v již naučených dovednostech zlepšoval.

Lidé s mentálním handicapem mívají problém s odhadem vlastních možností a se objektivním sebehodnocením. Uvádí se, že z celé populace je přibližně 3-4% lidí s mentálním postižením.

(Vágnerová,1999)

7.1 Mentální retardace

Mentální retardaci lze rozdělit na čtyři stupně. Kritériem členění je výše inteligenčního kvocientu

zjištěného psychologickými testy. Hranicí mentální retardace je IQ 70.

Lehká mentální retardace (IQ 69-50)

Problémy se většinou objevují až s nástupem dítěte do školy. U dítěte je většinou nápadně opožděný vývoj řeči. Tito lidé mnohdy zvládají úkony sebeobsluhy v běžném životě, ve svém přirozeném prostředí, ovšem jejich mentální schopnosti dosahují přibližně dvou třetin až čtyř pětin průměrného stupně vývoje.

Středně těžká mentální retardace (IQ 49-34)

Postižení je patrné již v předškolním věku. Můžeme zde pozorovat výrazné opoždění psychomotorického vývoje. Také v oblasti sebeobsluhy jsou jedinci odkázáni na chráněné prostředí po celý jejich život (chráněné bydlení, chráněné dílny, atd.). Řeč je jednoduchá a obsahově chudá i v dospělosti, někdy dokonce zůstává na nonverbální úrovni. Retardace psychického vývoje je často kombinovaná epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami.

Těžká mentální retardace (IQ 34-20)

Opoždění psychomotorického vývoje je opět patrné již v předškolním věku. U osob, které se nacházejí v tomto pásmu postižení, jsou možnosti sebeobsluhy výrazně a trvale limitované. Jejich potrava musí být většinou speciálně upravena. Řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni (vzácně se dají pozorovat jednotlivá slova). Osoby s těžkou mentální retardací vykazují kombinace s motorickými poruchami a s příznaky celkového poškození centrální nervové soustavy. Velmi časté jsou poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, sebepoškozování, afekty a agrese.

Hluboká mentální retardace (IQ pod 20)

U takto postižených osob je nutná trvalá péče i při těch nejzákladnějších životních úkonech. Často trpí těžkým senzoryckým a motorickým postižením a těžkými neurologickými poruchami. Komunikační schopnosti se zde nacházejí maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí. Osoby v pásmu hluboké mentální retardace trpí množstvím dalších těžkých duševních poruch.

(Vágnerová, 1999)

7.2 Downův syndrom

Downův syndrom, označovaný též jako Downova nemoc (morbus Downi), není nemocí v pravém smyslu slova, ale jedná se o vrozenou chromozomální vadu, která je spojena s mentální retardací různého stupně, ale většinou se jedná o mentální retardaci lehkou nebo středně těžkou. Toto postižení provází řada typických příznaků a náchylnost k určitým onemocněním, např. srdeční a oběhové vady, respirační onemocnění, poruchy zraku a sluchu. Ze všech forem mentální retardace, které doposud známe, je Downův syndrom nejrozšířenější. Udává se, že lidé s Downovým syndromem tvoří zhruba 10% všech lidí s mentální retardací.

Mezi typické fyzické znaky Downova syndromu patří nápadně kulatý obličej, krátké končetiny, snížený svalový tonus. Po psychické stránce mají lidé s Downovým syndromem slabší smyslové vnímání, nižší IQ a jsou většinou schopni jen konkrétního myšlení. Naučí se číst a psát, ale většinou neumějí počítat. (Selikowitz, 2005)

Komunikace s lidmi s Downovým syndromem má samozřejmě svá specifika. Lidé s Downovým syndromem mívají velmi nesrozumitelný projev (toto se projevuje až 95% lidí s tímto postižením). Je nutné počítat s omezeným slovníkem a problémy s gramatikou. Jejich

možnosti vyjádření jsou omezené. Na druhou stranu schopnost porozumění je podstatně lepší a převyšuje omezenou schopnost vyjádření. (Bray, 2003)

7.3 Obecné zásady pro komunikaci s lidmi s mentálním postižením

Přizpůsobit komunikaci mentálnímu věku klienta. (Lze používat různá přirovnání nebo i obrázky...)

Pomalejší tempo řeči, jasné a krátké věty.

Hovořit přímo s klientem, ne s doprovodem.

Vnímat neverbální projevy.

Hovořit s dospělým s mentálním postižením jako s dospělým. Používat tzv. partnerský přístup.

Trpělivost, tolerance.

7.4 Kazuistika Kristýna (20 let)

Než se Kristýna narodila, měli její rodiče již dvě zdravé děti.

Těhotenství probíhalo bez větších komplikací, pouze v 8. měsíci musela být matka hospitalizována pro hrozící předčasný porod.

O tom, že byl u Kristýny diagnostikován Downův syndrom, se rodiče dozvěděli až po jejím narození. Pro všechny to byl šok. Rodiče byli informováni o tom, že se jim narodilo velmi těžce postižené dítě, které má velice špatnou prognózu dalšího vývoje. Kromě Downova syndromu byla u Kristýny diagnostikována ještě poměrně těžká srdeční vada a Hirschprungova choroba střev.

Lékaři od první chvíle zrazovali rodiče od toho, aby si Kristýnu vzali domů. Vzhledem k diagnóze jim byla doporučena ústavní výchova. Rodiče si navzdory všem negativním informacím Kristýnu domů vzali. V prvních třech letech musela Kristýna podstoupit několik operací srdce a střev. V kojeneckém a batolecím věku vyžadoval Kristýnin zdravotní stav celodenní péči a několik hospitalizací.

Rodina pochází z malé vesničky ve Středočeském kraji, takže se nepodařilo najít pro Kristýnu vhodnou mateřskou školu. Po zvážení situace se matka rozhodla zůstat s Kristýnou doma až do jejích 7 let, kdy byla přijata do zvláštní základní školy. Během této doby se rodiče intenzivně věnovali nácviku sebeobsluhy a dalších dovedností. Před nástupem do školy již Kristýna zvládala základní sebeobsluhu, zejména osobní hygienu a jídlo. Díky tomu, že měla

Kristýna dva starší sourozence, se ve škole poměrně rychle naučila komunikovat s ostatními dětmi.

V současnosti je Kristýně někdy velmi špatně rozumět, co chce říci. V takových situacích je Kristýna velmi trpělivá a opakuje svůj požadavek nebo návrh tak dlouho, dokud se druhý nedovtípí nebo neporozumí.

Ve škole se naučila pomalu číst a psát. Zvládá i velmi lehké počty, cca do 20. Problémy má v manipulaci s penězi, potřebuje velkou podporu. Sama neumí rozlišit, zda je např. více 500 nebo 1000. Doma rodičům pomáhá s chodem domácnosti. Utírá a uklízí nádobí, skládá prádlo a luxuje.

Po dokončení zvláštní základní školy začala Kristýna docházet do denního stacionáře. Ten byl ale dost vzdálený od jejího bydliště a rodiče ji tam museli vozit, což se dlouhodobě ukázalo jako velmi náročné.

Momentálně Kristýna dochází do sociálně terapeutické dílny, kde vyrábí různé výrobky z látek a také si tam nacvičuje pracovních návyky. Kristýna je velice šikovná a pečlivá v ručních pracích. V budoucnu by si chtěla hledat nějakou práci na zkrácený úvazek, pravděpodobně pomocí podporovaného zaměstnávání.

Kristýna má veselou a komunikativní povahu. Ve volných chvílích ráda maluje, poslouchá hudbu a tančí.

7.5 Rozhovor

Vzhledem ke Kristýnině znevýhodnění probíhal rozhovor za přítomnosti a s pomocí Kristýniny maminky Aleny. Zaznamenala jsem odpovědi obou.

1) Bavíš se rád/a s cizími lidmi, nebo Tě to spíše stresuje?

K: Ano, ráda si povídám.

A: Kristýna velice často, aktivně a s potěšením navozuje řeč s neznámými lidmi.

2) Co Ti nejčastěji vadí na komunikaci s neznámými lidmi?

K: Někdy mi někdo nerozumí.

A: Kristýnina řeč je špatně srozumitelná a lidé si proto dělají úsudek o tom, že její postižení je mnohem závažnější a že jim nemůže vůbec rozumět. Mluví na ni jako na malé dítě.

3) Mluvil/a jsi někdy se sociálním pracovníkem?

K: Ano, na úřadě.

A: Ano, při vyřizování záležitostí okolo příspěvku na péči, průkazky mimořádných výhod.

4) Zdálo se Ti, že je sociální pracovník připraven na rozhovor s člověkem s postižením?

K: Nevím.

A: Mám pocit, že sociální pracovnice rozhodně nebyla připravená. Vždy se obrací s otázkami na mě (matku) a Kristýnu automaticky přehlíží. Pokud se chce Kristýna do hovoru vložit, buď na ni nikdo nereaguje, nebo ode mě chtějí vysvětlit, co Kristýna chce, místo toho, aby se jí snažili porozumět nebo se s ní domluvit.

5) Co ti bylo nepříjemné?

K: Nevím, proč mi říkala „paní“.

A: Sociální pracovnice začala Kristýně vykat, tomu Kristýna nerozuměla a mátló ji to.

6) Domluvili jste se? Dosáhli jste cíle návštěvy?

K: Ano.

A: Ano, ale většinou vše vyřídím já.

7) Stalo se Ti, že by ses se sociálním pracovníkem nedomluvil?

A: Nestalo, vždy jsem Kristýnu doprovázela buď já, nebo manžel a případná nedorozumění jsme vysvětlili.

ZÁVĚR

Tuto bakalářskou práci jsem napsala jako příručku pro komunikaci s lidmi s postižením. Pokusila jsem se navrhnout zásady, které by sociální pracovníci měli dodržovat při komunikaci s lidmi s vybraným postižením.

Z provedených rozhovorů vyplynula následující doporučení, která výše uvedené obecné zásady doplňují.

Při komunikaci s člověkem s postižením sluchu by měl sociální pracovník vědět, co má dělat, aby se jeho řeč dala dobře odezírat. Měl by být čelem k postiženému a snažit se mluvit přirozeně. Rozhodně by neměl křičet a zakrývat si ústa.

U postižení zraku je důležité, aby sociální pracovník mluvil jasně a přímo na postiženého, nikoli na jeho průvodce. Pomoc nevidomému má být vždy nabídnuta, ne vnucována.

U získaného postižení je dobré dát pozor na to, aby sociální pracovník nebyl zaskočen výraznou vadou řeči nebo tím, že postižený chce informaci zopakovat nebo podrobněji vysvětlit. Nicméně je špatné předpokládat, že postižený musí mít snížený intelekt.

Pokud sociální pracovník komunikuje s člověkem s DMO, neměl by nevhodně upozorňovat na různé projevy tohoto postižení. Není důvod předpokládat, že postižený je i mentálně retardovaný.

U člověka s mentální retardací je důležité člověka s postižením nepřehlížet a dát mu prostor pro vyjádření. Je nutné komunikaci přizpůsobit jeho možnostem a doptávat se a nabízet podrobnější vysvětlení.

Ze všech rozhovorů s jednotlivými lidmi s postižením lze jasně vyčíst, že by komunikaci výrazně usnadnilo, kdyby sociální pracovníci zásady správné komunikace dodržovali. Samotný fakt, že sociální pracovníci zásady správné komunikace nezná, ho může stresovat a pak udělá zbytečné chyby.

V žádném případě si z provedených rozhovorů netroufám zhodnotit, zda sociální pracovníci dodržují nebo nedodržují zásady správné komunikace. Aby bylo toto možné zjistit, bylo by nutné provést výzkum, jehož respondenty by byli jak sociální pracovníci, tak lidé s postižením. Hlouběji bych se tímto tématem ráda zabývala ve své diplomové práci.

Seznam použité literatury

- Bragdon, A. Gamon, D. Když mozek pracuje jinak. Praha : Portál, 2006.
ISBN 80-7367-066-6
- Bray, A. Effective communication for adults with an intellectual disability, NHC : 2003.
ISBN 0-47825320-6
- Carson, G. The social model of Disability, SAIF, 2009. ISBN 9780114973490
- Janáčková L., Weiss P. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha : Portál, 2008.
ISBN 978-80-7367-477-9
- Kelnarová, J., Matějková, E. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty.
Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2831-5
- Krahulcová, B. Komunikace sluchově postižených. Praha : Karolinum, 2002.
ISBN 80-246-0329-2
- Krahulcová, B. Dyslalie/patlavost. Praha : Beakra, 2007. ISBN 978-80-903863-0-3
- Krása, V. Desatero komunikace s pacienty se zdravotním postižením
- Křivohlavý, J. Neverbální komunikace. Praha: SPN, 1988.
- Křivohlavý, J. Konflikty mezi lidmi. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-642-X
- Lesný, I. Dětská mozková obrna. Praha : Avicenum, 1985
- Matoušek, O. Sociální práce v praxi. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
- Novosad, L. Základy speciálního poradenství. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3
- Selikowitz, M. Downův syndrom. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9
- Schindlerová, O. Na ruce si nevidím. Praha : Okamžik, 2007. ISBN 80-86932-10-9
- Světlík, M. Postižení sluchu. Praha : TRITON, 2002. ISBN 80-7254-114-5
- Vágnerová, M. Psychologie handicapu. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4
- Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha : Portál, 1999.
ISBN 80-7178-214-9
- Valenta, M. Psychopedie. Praha : Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2
- Venglářová, M. Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha : Grada Publishing a.s.,
2006. ISBN 80-247-1262-8

Další použité zdroje

A resource guide for Recruiting, Hiring and Employing people with disabilities

www.abletrust.org

Alternativní a augmentativní komunikace

www.alternativnikomunikace.cz

[Disability Etiquette](#)

www.unitedspinal.org

Dobromysl.cz

<http://www.dobromysl.cz/>

Etický kodex sociálních pracovníků české republiky

<http://sspcr.unas.cz/?q=node/13>

Listina základních práv a svobod

<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

o.s.Lorm

<http://www.lorm.cz>

Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně (SDMO)

<http://www.dmoinfo.cz/>

Světová zdravotnická organizace WHO

<http://www.who.cz/>

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

<http://www.nrzp.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim/>

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

Přílohy

Osnova strukturovaného rozhovoru provedeného s osobami s vybraným zdravotním postižením :

Bakalářská práce:

Zásady správné komunikace sociálních pracovníků s lidmi s postižením

- 1) Jaký máš pocit, když komunikuješ s cizími lidmi? Bavíš se rád/a s cizími lidmi, nebo tě spíše stresuje a snažíš se jí vyhnout? Pokud vyhnout – proč? Co konkrétně je ti nepříjemné
- 2) Co Ti nejčastěji vadí na komunikaci s neznámými lidmi? Dělají třeba v něčem často chyby? V čem?
- 3) Mluvil/a jsi někdy se sociálním pracovníkem? (např. na úřadě, ve specializovaném poradenství...) Jaký jsi z toho měl/a pocit? Bylo ti to příjemné nebo nepříjemné?
- 4) Zdálo se Ti, že je sociální pracovník připraven na rozhovor s člověkem s postižením? Co by měl nevíce zlepšit, aby se ti s ním lépe a/nebo příjemněji komunikovalo?
- 5) Co ti bylo nepříjemné? Máš pocit, že ti dal všechny informace, které jsi potřeboval?
- 6) Domluvili jste se? Dosáhli jste cíle návštěvy?
- 7) Stalo se Ti, že by ses se sociálním pracovníkem nedomluvil? Co jsi řešil a v čem ti nepomohl?